Rapportage

Normoverschrijdingen responstijden ambulances

De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg

april 2016

Inhoud

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de afgelopen jaren kwam er in verschillende rapporten, waaronder de Marktscan Ambulancezorg 2013 van de NZa en de jaarlijkse 'Ambulance in Zicht' rapportages van Ambulancezorg Nederland (AZN) naar voren dat de responstijden voor het ambulancezorg de daarvoor gestelde normen zouden overschrijden. Het gaat hier over de norm voor spoedritten (A1-urgentie) in het geval van acute levensbedreigende situaties. De norm die voor deze zorg geldt is dat bij 95% van alle ritten de responstijd niet langer dan 15 minuten is. Responstijd is de tijd tussen binnenkomst van de melding bij de meldkamer en de aankomst van de ambulance ter plaatse. Vaak wordt ook gesproken over de 'aanrijtijd', maar dit is technisch niet hetzelfde als de responstijd. Ongeveer 70% (17 van de 24) van de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) bleek in 2014 bovenstaande norm niet te behalen. Ook in de jaren ervoor werden soortgelijke prestaties behaald.

De bovenstaande rapporten zijn de aanleiding geweest voor de NZa om nader onderzoek te doen naar de normoverschrijdingen ten aanzien van de zogenoemde ritten waar sprake is van A1-urgentie. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars er voor moeten zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot voldoende, tijdige en kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraar zal deze zorg moeten inkopen bij de RAV om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht. In dit kader heeft de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de responstijden van ambulances binnen de norm blijven.[1] Als de verzekeraar ervoor gekozen heeft om in de polis de aanspraak op deze zorg in restitutie te omschrijven, dan moet de zorg vergoed worden.

De centrale vraag in dit onderzoek is hoe zorgverzekeraars omgaan met de zorgplicht voor ambulancezorg.

1.2 Proces

Het onderzoek naar de normoverschrijdingen in de ambulancezorg en de relatie met de zorgplicht van de zorgverzekeraars is in 2015 gestart en loopt door tot begin 2016. Onze constateringen over het overschrijden van de normen hebben we gebaseerd op openbare data die de branchevereniging AZN jaarlijks beschikbaar stelt. In de beginfase zijn er ook gesprekken gevoerd met de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). IGZ is gevraagd naar de situatie in de ambulancesector, vanwege haar rol op het gebied van kwaliteit van de ambulancezorg. Met het RIVM is besproken hoe de analyses met betrekking tot ambulance- en spoedzorg tot stand komen en welke rol deze analyses spelen in de markt voor ambulancezorg.

In het onderzoek is voorts gesproken met zorgverzekeraars, ambulancezorgaanbieders en met AZN. Zorgverzekeraars zijn bevraagd over de inkoop van ambulancezorg, de manier waarop zij de norm voor

[1] NZa. Beleidsregel TH/BR-018 Toezichtkader Zorgplicht zorgverzekeraar Zvw https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/TH_BR_018__Toezichtkader_zorgplicht_zorgverzekeraar_Zvw

responstijden een plek geven in de onderhandeling en gesprekken met de zorgaanbieders en tot slot welke concrete verbeteracties zij ondernemen in die regio's waar de normen (al langere tijd) worden overschreden. We hebben gesproken met alle zorgverzekeraars die als representerende zorgverzekeraar een rol spelen in de ambulancezorg. Dat zijn Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis, De Friesland, Zorg en Zekerheid en DSW. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaf aan weinig tot geen extra informatie te hebben naast de individuele zorgverzekeraars. De activiteiten van ZN op het gebied van ambulancezorg zijn naar eigen zeggen beperkt. Om die reden heeft er geen gesprek met ZN plaatsgevonden. Zorgverzekeraars hebben echter wel aangegeven dat er een werkgroep ambulancezorg in ZN-verband bestaat.

We hebben gesproken met de RAV's in Noord-Limburg en Friesland en de organisatie Witte Kruis. Laatstgenoemde organisatie biedt ambulancezorg in vijf RAV-regio's in Nederland: Zeeland, Noord-Holland Noord, Kennemerland, Noordoost Gelderland en Haaglanden. De ambulancezorgaanbieders zijn gevraagd naar de redenen van overschrijdingen van de normtijden en wat zij doen om de normtijden te halen ofwel de overschrijding terug te dringen. We hebben ze ook gevraagd hoe hierover met de zorgverzekeraar wordt gesproken en onderhandeld.

IGZ en RIVM hebben input gegeven op de inhoud van dit rapport.

1.3 Leeswijzer

In deze rapportage worden de uitkomsten van het onderzoek weergegeven. Allereerst wordt de markt voor ambulancezorg beschreven. Vervolgens wordt de norm voor de responstijden toegelicht en beschrijven we de genoemde oorzaken voor het overschrijden van deze norm. Daarop volgend analyseren we hoe het gedrag is van de zorgverzekeraars rondom de inkoop van ambulancezorg en in het bijzonder rondom het behalen van de norm voor responstijden. Deze rapportage eindigt met de conclusies van dit onderzoek en aanbevelingen die daaruit volgen.

2. De markt

2.1 Ambulancezorg

Ambulancezorg is hulpverlening aan een zieke of gewonde en het vervoer van deze persoon per ambulance of hulpverlening door een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en herkenbaar motorvoertuig.[2] Het gaat doorgaans om spoedeisende situaties. Ambulancezorg kan ook planbaar zijn en is in dat geval bedoeld om patiënten te vervoeren die tijdens het vervoer een zorgvraag hebben en zelf niet op de aangewezen plek kunnen komen (de zogenoemde B-ritten). Mobiele medische teams (de traumahelikopters) vallen niet onder de ambulancezorg.

Ambulancezorg is per regio georganiseerd in de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De RAV voert de ambulancezorg, inclusief het beheer van de meldkamer, uit. De meldkamer maakt integraal onderdeel uit van de ambulancezorg: zonder toestemming van de meldkamer is het verlenen van ambulancezorg verboden.[3] Nederland heeft in totaal 25 regio's. Voor dit rapport gebruiken we de indeling die AZN aanhoudt in haar rapport Ambulances in Zicht, te weten dat de regio's Amsterdam en Waterland als een regio wordt behandeld. Dat betekent dat we in de rest van dit rapport uitgaan van 24 regio's.

Onder acute ambulancezorg kan er onderscheid gemaakt worden tussen A1 ritten en A2 ritten, en uitrukken met A-urgentie waarna uiteindelijk geen vervoer plaatsvindt. De meldkamer indiceert een A1-urgentie voor acute levensbedreigende situaties waarbij de ambulance binnen 15 minuten bij de patiënt dient te zijn, bij de A-2 urgentie moet de ambulance zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse zijn. Geplande ambulancezorg (de B-ritten) wordt uitgevoerd om patiënten te vervoeren tussen het woon- en verblijfadres en/of zorginstellingen. Er is hier geen sprake van een spoedsituatie.[4]

Dit rapport gaat enkel over de normen die gelden voor uitrukken met A-1 urgentie. Deze focus is ingegeven door de overschrijdingen in normtijden op dit punt.

2.2 Marktbeschrijving

Op de markt van ambulancezorg is een aantal partijen actief. Ook zijn er verschillende toezichthouders die toezicht houden op (een deel van) de zorg die wordt aangeboden en ingekocht.

Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's)
De RAV's zorgen voor het aanbod van ambulancezorg en het in stand houden van de meldkamer. Zij kunnen voor de uitvoering van de ambulancezorg ook werken met onderaannemers. De verantwoordelijkheid voor de zorg blijft echter wel bij de RAV.

---

[2] Artikel 1 lid 1, sub d van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg
[3] Artikel 4 van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg
[4] Zie Regeling Tijdelijke Wet Ambulancezorg. Zie beleidsregel van de NZa. Beleidsregel BR/CU-7148 Regionale ambulancevoorziening 2016
https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_7148__Beleidsregel_Regionale_ambulancevoorziening_2016

De RAV's zijn één van de schakels in de keten voor acute zorg, wat betekent dat ze deels afhankelijk zijn van andere partijen in de regio om de zorg goed te kunnen verlenen. RAV's werken onder andere samen met andere mobiele acute zorgverleners (zoals huisartsenposten en crisis-ggz), SEH's en de andere hulpdiensten; politie en brandweer.

Ministerie VWS
Met de invoering van Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2013 wijst de minister van VWS per veiligheidsregio[5] één rechtspersoon – de RAV– aan die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in die regio. Dit leidt ertoe dat er gedurende deze vijf jaar geen sprake kan zijn van toetreding door een andere zorgaanbieder. Er is tijdens deze vijf jaar ook geen sprake van onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders.[6]

Op grond van artikel 7 en 8 Twaz kan de minister in een aparte regeling eisen stellen waaraan de Regionale Ambulancevoorzieningen aan moeten voldoen. Deze eisen kunnen per regio verschillen. Als een RAV niet aan die eisen voldoet kan de minister de vergunning intrekken en toewijzen aan een aangrenzende RAV of aan een nieuw op te richten stichting.

RIVM
Het RIVM stelt in opdracht van VWS het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg op. De meest recente versie is in 2013 gepubliceerd.[7] In dit referentiekader wordt op basis van een aantal randvoorwaarden de benodigde capaciteit van ambulancezorg in Nederland bepaald. Het gaat om zowel de spreiding (standplaatsen) als de beschikbaarheid (aantal ambulances) van ambulancezorg.

IGZ
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg geleverd door RAV's. Om tot een goed oordeel te kunnen komen maakt de inspectie hierbij gebruik van wet- en regelgeving (onder andere Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Twaz, Wet BIG, Geneesmiddelenwet), brancherichtlijnen en veldnormen. Indien nodig kan de IGZ ingrijpen en maatregelen nemen ter borging en/of bevordering van de kwaliteit van zorg.

NZa
De Nederlandse Zorgautoriteit regelt de bekostiging van de ambulancezorg. In de Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening is het beleid van de NZa vastgelegd met betrekking tot de prestaties en financiering van de RAV's.[8] Landelijk wordt er door het ministerie van VWS een macro-budget voor ambulancezorg bepaald. Een deel van de regionale budgetten is gemaximeerd (vergoeding spreiding en beschikbaarheid, ouderenbeleid, opleidingsvergoeding, overige loonkosten, vrije marge), en een deel is geheel vrij onderhandelbaar (alle andere posten). De NZa bepaalt op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het RIVM per regio wat het maximum

---

[5] Nederland is ingedeeld in 25 regio's waarbinnen verschillende organisaties samenwerken op gebied van bijvoorbeeld rampenbestrijding, brandweer en GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio).
[6] De Minister heeft inmiddels voorgesteld de werking van de Twaz met 2 jaar te verlengen.
[7] RIVM. Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2013
http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/juli/Referentiekader_spreiding_en_beschikbaarheid_ambulancezorg_2013
[8] Zie beleidsregel van de NZa. Beleidsregel BR/CU-7148 Regionale ambulancevoorziening 2016
https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_7148__Beleidsregel_Regionale_ambulancevoorziening_2016

voor de post spreiding en beschikbaarheid is. De NZa stelt prestaties op en geeft tariefbeschikkingen af. Naast de genoemde reguleringstaken is de NZa ook belast met het toezicht op de zorgverzekeraars. De NZa houdt meer specifiek toezicht op het nakomen van de zorgplicht op het gebied van ambulancezorg.

Zorgverzekeraars
Ambulancezorg is onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Representerende zorgverzekeraars maken jaarlijks budgetafspraken met de RAV die door de minister van VWS in een regio is aangewezen. De patiënt en zorgverzekeraar hebben door de aanwijzing van de minister geen keuze voor een zorgverlener. De zorgverzekeraar koopt derhalve in bij de RAV die door de minister is aangewezen. Zorgverzekeraars hebben de zorgplicht om ervoor te zorgen dat verzekerden voldoende, tijdige en kwalitatief goede zorg ontvangen.

Voor de ambulancezorg geldt het representatiemodel bij zorginkoop waarin non-concurrentieel wordt ingekocht. Het representatiemodel houdt in dat de twee representerende zorgverzekeraars, die marktleiders zijn in de betreffende regio, budgetafspraken maken met desbetreffende RAV's en dat de overige zorgverzekeraars dit beleid volgen. De zorgverzekeraars zijn als gevolg van de monopoliepositie van de RAV's niet in de gelegenheid om selectief in te kopen, of om te wijzigen van zorgaanbieder tijdens de in Twaz de aangewezen periode van vijf jaar.

Landelijk wordt er een macro-budget bepaald, dat op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid globaal wordt onderverdeeld in regionale budgetten. Er is binnen, maar ook buiten, dit regionale budget dus mogelijkheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken en te onderhandelen.

2.3 Toekomstscenario's

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is in 2013 ingegaan met als idee dat de wet ('tijdelijk') voor een periode van vijf jaar gaat gelden. In februari 2016 heeft de minister van VWS aan de Tweede kamer gerapporteerd over de ontwikkeling van structurele wetgeving voor de ambulancezorg. De minister vindt dat de ambulancezorg nu nog te sterk in beweging is en heeft daarom voorgesteld de Twaz met twee jaar te verlengen.[9] Dit betekent dat de Twaz eind 2019 afloopt.

VWS, AZN en ZN hebben verschillende scenario's voor andere ordening onderzocht. De eerste optie die wordt onderzocht is voortzetting van het huidige model waarbij de minister bepaalt wie de zorg aanbiedt. In dit model moet extra aandacht worden besteed aan het feit dat andere zorgaanbieders periodiek de kans moeten krijgen in aanmerking te komen voor het recht de zorg uit te voeren. Van zorgverzekeraars wordt in deze opzet verwacht dat zij afspraken maken met de zorgaanbieders over de beschikbaarheid en kwaliteit en deze afspraken 'in budgetten vertalen'. De tweede optie die serieuze aandacht krijgt is een scenario waarin zorgverzekeraars via contractering bepalen wie ambulancezorg in de regio aanbiedt.[10]

[9] Commissiebrief aan de Tweede Kamer inzake verzoek om vervolginformatie nav de brief d.d. 17 juni 2015 over de stand van zaken rond de ontwikkeling van structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg, 12 februari 2016, kenmerk 841772-141718-CZ.
[10] Commissiebrief aan de Tweede Kamer inzake rappel verzoek om toezeggingen ambulancevervoer nav AO 9 april 2014, 17 juni 2015, kenmerk 771075-136945-CZ.

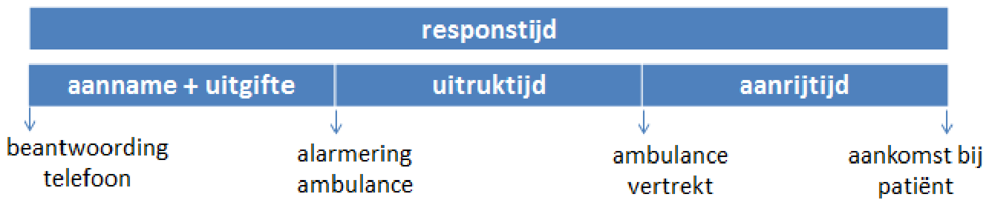
Tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars en RAV's (die zijn gehouden voordat de plannen rond verlenging van de Twaz bekend werden) werd een aantal keer benoemd dat het aflopen van de Twaz voor onrust zorgt in de markt. Partijen weten niet goed wat er gaat gebeuren en waar ze aan toe zijn. Zo bestaat er bij RAV's een lichte angst dat overgegaan zal worden op een systeem van aanbestedingen. De gesprekken zijn gevoerd voordat bekend was dat de Twaz met 2 jaar zou worden verlengd.

3. De normen voor responstijden

3.1 De normen

De meldkamer is verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, toewijzing van de zorg, zorginstructie en de coördinatie hiervan. De meldkamer bepaalt derhalve bij een aanvraag of ambulancezorg nodig. Als dat het geval is, dan gaat tijdens het telefoongesprek tussen de meldkamercentralist en de melder de tijd van 15 minuten voor respons lopen. De medische zorg start op het moment waarop de ambulance eenheid bij de patiënt is. Hier wordt vastgesteld of de patiënt alleen ter plaatse hulp nodig heeft, of dat de patiënt hulp behoeft en vervoerd moet worden naar een zorginstelling. De meldkamercentralist kan in afwachting van de aankomst van de ambulances aan de melder al instructies geven.

Waar in de volksmond vaak gesproken wordt over de norm voor 'aanrijtijden' gaat het in werkelijkheid over de norm voor responstijden. De verhouding tussen deze tijden wordt hieronder schematisch weergegeven.



De norm voor responstijden wordt in de Regeling Twaz benoemd. In artikel 7 lid 1 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg is het volgende vastgelegd over de genoemde 15 minuten norm[11]:
"De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden[12] in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Regionale ambulancevoorziening kan hier in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd van afwijken."

In artikel 2 lid 3 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg is opgenomen dat de spreiding van de standplaatsen in een regio zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance.

De bepaling ten aanzien van de gemotiveerde afwijking is opgenomen als overgangsbepaling bij de invoering van de Twaz. Op het moment van de invoering van de Twaz werden de normen niet gehaald. Aangezien op dat moment de inschatting gemaakt werd dat niet van de een op andere dag die normen wel gehaald zouden worden, gaf deze bepaling de verzekeraars de ruimte om verbeterplannen op te stellen. De bepaling is dus niet bedoeld als ruimte voor de zorgverzekeraars om met een RAV af te spreken dat de responstijden langer mogen zijn dan de normen.

[11] In 1971 werd de Wet Ambulancevervoer ingevoerd, waarin de 15 minuten grens als eerste zou zijn genoemd. De sector heeft de 15 minuten als veldnorm omarmd, maar maakt hierbij de kanttekening dat het meer een planningsnorm is.
[12] Voorbeelden die in de toelichting bij de Twaz ten aanzien van wat als 'abnormale' omstandigheden kan worden verstaan zijn: extreme weersomstandigheden of extreme verkeersdrukte.

De normen uit de Twaz zijn overgenomen in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018). Een zorgverzekeraar moet indien hij deze zorg in een natura-aanspraak heeft omschreven in het kader van zijn zorgplicht zorgen dat zijn verzekerden voldoende, tijdige en kwalitatief goede zorg krijgt. Het zorgen voor een responstijd die binnen de norm is, is daar onderdeel van. De voor dit onderzoek relevante normen met betrekking tot spoedzorg zijn in het Toezichtkader als volgt opgenomen en geformuleerd.

Norm 13: *"Voor ambulancezorg geldt dat ten minste 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden."*

Norm 14: *"Voor de ambulancezorg geldt dat de RAV ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is."*

Norm 13 wordt in in 2014 in alle regio's gehaald. In de helft van de regio's is het percentage 100%. De twee regio's met de laagste dekkingsgraad zijn Gelderland-Zuid (98%) en Brabant-Zuidoost (98,7%). In totaal kan 99,6% van de Nederlanders binnen de 15 minuten bereikt worden.[13] De dekkingspercentages zijn gebaseerd op modelberekeningen. Hierin wordt op basis van afstand tussen standplaatsen en woonadressen, bepaald of inwoners van Nederland binnen 15 minuten bereikt kunnen worden. In de analyse hanteert het RIVM een rijtijdenmodel voor de spoedeisende ambulancezorg dat een schatting geeft van de verwachte rijtijd over een traject. De modelmatig berekende dekkingsgraden zijn gebaseerd op gemiddelde ambulancesnelheden en zeggen nog niet of de ambulance in werkelijkheid ook altijd binnen 15 minuten ter plaatse is. Er zijn factoren die de werkelijke responstijden beïnvloeden die niet (expliciet) in de modellen opgenomen kunnen worden, zoals extreme weersomstandigheden, wegomleggingen en de mogelijkheid dat er geen ambulance beschikbaar is.

Norm 13 heeft betrekking op de mogelijkheid dat 97% van de bevolking bereikt moet kunnen worden en kan daarom met een modelmatig berekende dekkingsgraag getoetst worden. Gezien het feit dat norm 13 door alle RAV's ruim wordt gehaald, valt deze norm verder buiten de scope van dit onderzoek. Norm 14 uit het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw is een prestatienorm waarin gekeken wordt naar het aantal gerealiseerd ritten met A1-urgentie binnen de norm-responstijd, en is in dit onderzoek wel nader onderzocht.

3.2 Werkelijke responstijden

In onderstaande tabel is uiteengezet in hoeverre voor elke regio de 15 minuten norm wordt gehaald. In de laatste kolom staat aangegeven hoeveel procent van alle A1-ritten in die regio binnen 15 minuten arriveerde. Ook zijn de representerende zorgverzekeraars vermeld. De cijfers worden elk jaar gepubliceerd door de brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN), in het rapport 'Ambulance in Zicht'.

[13] RIVM, zie https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/ambulancezorg#node-inwoners-binnen-bereik-van-een-ambulancestandplaats. De RIVM houdt rekening in zijn modelberekeningen met 3 minuten tijd voor inzet meldkamer en uitrukken ambulances én 12 minuten netto-rijtijd.

Tabel 1. Werkelijk behaalde percentages 2014[14]

2014 – regio	ZV 1	ZV 2	Percentage
			Overschrijding norm
Noordoost Gelderland	Menzis	ZK	**91%**
Zeeland	CS	VGZ	**91%**
Friesland	DFL[15]	VGZ	**91%**
Limburg Noord	VGZ	CZ	**92%**
Rotterdam-Rijnmond	ZK[16]	DSW	**92%**
Noord-Holland Noord	VGZ	ZK	**92%**
Zuidoost Brabant	VGZ	CZ	**92%**
Amsterdam/Waterland	ZK	VGZ	**93%**
Midden-en West Brabant	VGZ	CZ	**93%**
Gelderland Midden	Menzis	VGZ	**93%**
Zuid-Holland Zuid	VGZ	CZ	**93%**
Drenthe	ZK	VGZ	**93%**
Hollands Midden	Z&Z[17]	ZK	**93%**
IJsselland	ZK	VGZ	**94%**
Brabant-Noord	VGZ	CZ	**94%**
Groningen	Menzis	ZK	**94%**
Flevoland	ZK	VGZ	**94%**
			Binnen de normen
Kennemerland	ZK	VGZ	**95%**
Twente	Menzis	VGZ	**95%**
Haaglanden	CZ	Menzis	**95%**
Gelderland Zuid	VGZ	CZ	**95%**
Utrecht	ZK	VGZ	**96%**
Gooi- en Vechtstreek	ZK	VGZ	**97%**
Zuid Limburg	CZ	VGZ	**97%**

In 2014 wordt 17 van de 24 regio's de norm van 95% van de A1-inzetten binnen 15 minuten niet gehaald. Maar 7 regio's halen de norm dus wel. Ook ligt het landelijk gemiddelde onder de norm (93%).

De representerende zorgverzekeraars in deze regio's zijn Zilveren Kruis Achmea, VGZ, CZ, Menzis, De Friesland, Zorg en Zekerheid en DSW. Dit zijn alle representerende zorgverzekeraars. Dat betekent dat er op het eerste oog geen verband is tussen de representerende zorgverzekeraar en overschrijding van de norm. Er zijn dan ook geen zorgverzekeraars die alleen in minder goed presterende regio's werken, of juist altijd in de goed presterende.

Niet alleen de zorgverzekeraars die onderhandelen en afspraken maken met de RAV's hebben te maken met de normoverschrijdingen, maar ook de zorgverzekeraars die niet aan tafel zitten. Immers, die moeten ook aan hun zorgplicht voldoen als het gaat om responstijden ambulancezorg.

[14] Ambulancezorg Nederland: Ambulance in zicht (2014)
[15] De Friesland Zorgverzekeraar
[16] Zilveren Kruis
[17] Zorg en Zekerheid

3.3 Oorzaken overschrijdingen

Tijdens de gespreksronde hebben we aan alle gesprekspartners (dus verzekeraars én RAV's) gevraagd welke oorzaken er volgens hen ten grondslag liggen aan de overschrijdingen van de norm. Doel hiervan was om te weten te komen hoeveel zicht de verschillende partijen hebben op mogelijke problemen in de ambulancezorg. Veel van de oorzaken worden door zowel de RAV's als zorgverzekeraars genoemd. Aan de zorgverzekeraars is expliciet gevraagd naar de normoverschrijdingen in de regio's waar zij onderhandelingen voeren: hoe overschrijdingen verklaard kunnen worden per regio en wat de zorgverzekeraars eraan doen om dit te verbeteren.

De zorgverzekeraars waren over het algemeen in staat om per regio een aantal mogelijke oorzaken te benoemen voor de normoverschrijdingen. Veel van deze redenen kwamen vaker terug, zoals de geografie van de regio en de bevolkingsdichtheid. De meeste zorgverzekeraars kunnen niet verklaren hoe het komt dat regio's structureel de norm niet behalen. Daar waar de oorzaak heel specifiek op de regio is gericht is dat hieronder specifiek aangegeven.

Financieel

- Tekort aan ambulances
  - In sommige gebieden zijn volgens de aanbieders een paar extra ambulances nodig om een goede dekking te bieden zodat de responstijden worden gehaald. Daar waar te weinig ambulances zijn, schijnt sprake te zijn van versnelling van de afschrijving van het materieel.
- Personeel
  - Het is voor ambulancediensten lastig om goed opgeleid personeel te vinden, het duurt ook lang om personeel op te leiden. Daarnaast wordt in sommige regio's in paraatheidsdiensten gewerkt in plaats van 24 uurs-diensten. Structureel veel uitrukken tijdens een paraatheidsdienst kan volgens de aanbieders leiden tot een hoge werkdruk en meer ziekteverzuim. Deze oorzaak is specifiek voor één regio benoemd.
    Ook kunnen stakingen bij het personeel tot een verslechtering in de prestaties leiden.
- Het bekostigingsmodel
  - De mate waarin partijen gebruik maken van de bewegingsruimte in het model varieert. Zorgverzekeraars zouden terughoudend zijn met het toekennen van extra middelen in het kader van de vrije marge.
- Eenzijdige budgetverzoeken
  - Er wordt door de aanbieders verondersteld dat de NZa bij twee eenzijdige verzoeken (een van de RAV en een van de zorgverzekeraar) altijd uitgaat van de aanvraag van de zorgverzekeraar. Dit weerhoudt aanbieders ervan om zelfstandig een eenzijdige aanvraag in te dienen.[18]

Geografisch

- Belemmeringen door geografie en infrastructuur
  - Er zijn gebieden in Nederland die te maken hebben met een bijzondere geografie, te denken valt dan bijvoorbeeld aan de

[18] Op grond van NZa beleid kan een tariefverzoek eenzijdig of tweezijdig worden ingediend. Bij een tweezijdig verzoek zijn aanbieder en verzekeraar het met elkaar eens over de hoogte van het tarief en ondertekenen zij beide hetzelfde verzoek. Aanbieders en verzekeraars mogen ook ieder een eenzijdig verzoek indienen met een ander tarief. Ook mag een aanbieder alleen een eenzijdig verzoek indienen, zonder dat een verzekeraar ook een verzoek indient.

aanwezigheid van rivieren, de zee of meren. Het ontbreken van infrastructuur zoals bruggen vormt in bepaalde gebieden een obstakel in acute situaties.
  - Er zijn een aantal veiligheidsregio's die gelet op hun ligging niet handig zijn ingedeeld.
    Dit zorgt soms voor lange afstanden naar en terug van een melding waardoor het niet altijd lukt tijdig in geval van een andere melding 'terug' te zijn bij de standplaats of bij de volgende melding. Meerdere gesprekspartners geven aan dat dit kan leiden tot relatief lange(re) responstijden.
- Grensregio's met België en Duitsland
  - In de grensregio's kunnen buitenlandse aanbieders niet bijspringen in geval er een overschrijding van de responstijd is. Dit in tegenstelling tot regio's waar dit niet het geval is, en waar de meldkamer in overleg gebruik kan maken van de inzet van ambulances uit een andere regio.
- Landelijke gebieden
  - Ook in dunbevolkte gebieden (buitengebied) moet ambulancezorg beschikbaar zijn. Daar is bij de berekening van het aantal optimale ambulances en standplaatsen en de locaties hiervan, rekening gehouden. In de praktijk blijkt echter dat een RAV naar behoefte meer ambulances laten rijden naar dichtbevolkte gebieden (bijvoorbeeld een stad). Zodoende worden de ambulances die hun standplaats in het buitengebied hebben ook daarvoor ingezet en kan de beschikbaarheid van ambulancezorg, en daarmee ook de responstijd in het dunbevolkte gebied in de praktijk minder goed zijn.
- RIVM-modellen
  - De modellen die RIVM doorrekent en dan met name het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg, past volgens sommige gesprekspartners in bepaalde regio's niet in de praktijk. In hoofdstuk 3.2 constateerden we dat vrijwel alle inwoners van Nederland binnen 15 minuten met een ambulance bereikbaar zijn (dat is de score op norm 13 uit het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw). De werkelijke responstijden zijn echter langer. Er zijn dus gesprekspartners die betogen dat in de modellen niet genoeg rekening wordt gehouden met de lokale en huidige omstandigheden. Dit heeft ook financiële consequenties aangezien het model gehanteerd wordt in het verdelen van de middelen over de regio's.

Processen
- Rol van de meldkamer
  - Processen in de meldkamer hebben invloed op de responstijden. Sommige RAV's werken bijvoorbeeld met een systeem van 'dynamische inzet'. Dat wil zeggen dat op basis van historische gegevens de ambulances worden gestationeerd op plekken dichtbij de meeste calamiteiten. Ook de zogenaamde 'directe inzet' heeft een positief effect op de afname van responstijden. Bij deze werkwijze laat de meldkamer de ambulance al rijden op het moment dat de melder vraagt om een ambulance. De inschatting door de centralist of er daadwerkelijk een inzet gedaan moet worden. Mocht in de triage blijken dat een ambulance toch niet nodig was, wordt de ambulance teruggeroepen.
- Samenvoeging meldkamers
  - In een van de regio's waar de normtijden niet worden gehaald is door de representerende zorgverzekeraar als vermoedelijke oorzaak genoemd dat de meldkamers van twee regio's zijn samengevoegd tot een meldkamer. Het lijkt erop dat de meldkamer vervolgens gebruik maakt van ambulances van de ene RAV voor meldingen in de regio van de andere RAV. Hierdoor heeft

  de ambulance meer tijd nodig om weer terug te komen in haar eigen regio.
- Organisatie en aansturing van ambulancevoorziening
  - In de bedrijfsvoering kan gekeken worden naar doelmatigheid en de manier waarop de staffuncties zijn belegd en hoe dit zich verhoudt tot de hoeveelheid ambulancepersoneel.

Productiestijgingen
- Extramuralisering van zorg in de Wlz en ggz
  - Doordat mensen die voorheen opgenomen zouden zijn en in een zorginstelling zouden verblijven nu (langer) thuis blijven wonen bestaat het vermoeden bij de sector dat er nu vaker een ambulance wordt ingeschakeld.
- Sommige regio's hebben te maken met onverwachte hoge productiestijgingen. Dit sluit aan bij de trendanalyse die het RIVM in maart 2015 heeft gepubliceerd.[19] Hieruit bleek dat het aantal spoedeisende inzetten van de ambulance tussen 2008 - 2013 stijgt met gemiddeld 4,2% per jaar en dat deze groei sterk verschilt per RAV-regio. RIVM geeft in deze analyse ook aan dat de groei deels, maar niet volledig wordt verklaard door demografische veranderingen.

Ontwikkeling in de responstijden
Uit tabel 2 blijkt dat de meeste regio's die afgelopen jaar (rond de) 95% hebben gescoord, dat de jaren ervoor ook hebben gedaan. Hetzelfde geldt voor de regio's die onder de norm zitten: dit is doorgaans ook structureel. Door de jaren heen zien we bij de meerderheid van de regio's een lichte stijging van de percentages. Als de cijfers van 2014 vergeleken worden met 2010 laten 17 regio's een stijging zien, 5 regio's laten een daling zien en 2 regio's zijn gelijk gebleven. De grootste stijging heeft de regio Zuid Limburg doorgemaakt. Zij zijn met 6% gestegen en voldoen in 2014 aan de norm voor de responstijd.

[19] http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/03/26/trendanalyse-spoedeisende-ambulancezorg/trendanalyse-spoedeisende-ambulancezorg.pdf

Tabel 2. Behaalde percentages 2010 - 2014

Regio	ZV2	ZV2	2014	2013	2012	2011	2010
			Onder de norm				
Noordoost Gelderland	Menzis	ZK	91%	89%	90%	90%	89%
Zeeland	CZ	VGZ	91%	91%	89%	88%	85%
Friesland	DFL	VGZ	91%	92%	90%	89%	90%
Limburg Noord	VGZ	CZ	92%	90%	90%	90%	88%
Rotterdam-Rijnmond	ZK	DSW	92%	91%	89%	90%	89%
Noord-Holland Noord	VGZ	ZK	92%	93%	88%	90%	90%
Zuidoost Brabant	VGZ	CZ	92%	94%	93%	92%	93%
Amsterdam/Waterland	ZK	VGZ	93%	91%	93%	94%	93%
Midden- en West Brabant	VGZ	CZ	93%	89%	92%	92%	89%
Gelderland Midden	Menzis	VGZ	93%	93%	95%	95%	95%
Zuid-Holland Zuid	VGZ	CZ	93%	93%	94%	94%	92%
Drenthe	ZK	VGZ	93%	94%	93%	94%	92%
Hollands Midden	Z&Z	ZK	93%	95%	96%	96%	96%
IJsselland	ZK	VGZ	94%	93%	93%	93%	93%
Brabant-Noord	VGZ	CZ	94%	89%	94%	94%	93%
Groningen	Menzis	ZK	94%	95%	96%	96%	95%
Flevoland	ZK	VGZ	94%	94%	93%	93%	92%
			Boven de norm				
Kennemerland	ZK	VGZ	95%	95%	95%	96%	95%
Twente	Menzis	VGZ	95%	95%	95%	94%	93%
Haaglanden	CZ	Menzis	95%	95%	96%	97%	97%
Gelderland Zuid	VGZ	CZ	95%	95%	95%	93%	92%
Utrecht	ZK	VGZ	96%	95%	95%	96%	95%
Gooi- en Vechtstreek	ZK	VGZ	97%	97%	97%	96%	95%
Zuid Limburg	CZ	VGZ	97%	92%	92%	92%	91%

Kanttekeningen bij oorzaken van normoverschrijdingen
De NZa plaatst enkele kanttekeningen bij de oorzaken van normoverschrijdingen. In die zin dat wellicht bepaalde oorzaken regiospecifiek zijn, maar niet altijd lijken te gelden voor regio's die ogenschijnlijk dezelfde eigenschappen hebben.

De trends die wij signaleren impliceren ook dat de door zorgverzekeraars en RAV's genoemde oorzaken van meer incidentele aard niet de volledige verklaring kunnen zijn waarom sommige regio's structureel onder de norm zitten. Bovendien worden er verschillende prestaties geleverd in regio's die vergelijkbaar zijn in termen van productieomvang en geografische kenmerken. Het vergt onderzoek van de zorgverzekeraar om beter zicht te krijgen op deze verschillen en de regiospecifieke kenmerken die de oorzaak zijn van de overschrijdingen.

Een goed voorbeeld daarvan is dat in de regio Zuid Limburg, welke grenst aan Belgie en Duitsland, de grootste stijging in behaalde percentages normtijden heeft laten zien in de afgelopen jaren. Ze voldoen daardoor in die regio in 2014 wel aan de normtijden. Een verzekeraar dient te onderzoeken waarom dat wel lukt in die regio en in een regio met dezelfde geografische kenmerken niet. Als daar een specifieke oorzaak voor aan te wijzen, moet het verbeterplan van een verzekeraar daar op gericht zijn.

Een ander voorbeeld waarbij de door een verzekeraar vermelde oorzaak voor de overschrijding ook vaak het omgekeerde beeld geeft, is het samenvoegen van de meldkamers. In sommige regio's levert dat juist een efficiency-voordeel op. Ook hiervoor geldt dat de verzekeraar dient te onderzoeken waarom dat wel lukt in de ene regio, en in de andere juist een averechts effect heeft. Door hier een goed beeld van te krijgen, kan de verzekeraar in haar verbeterplannen beter sturen op het behalen van de normen voor responstijden.

Een meldkamer kan indien dat nodig is in overleg gebruik maken van ambulances uit een andere regio. Ook dit kan naar verwachting een verbetering van responstijden opleveren. Dat dit niet of minder mogelijk is in regio's die grenzen aan Belgie of Duitsland, wil niet zeggen dat het in de rest van Nederland niet kan bijdragen aan een oplossing.[20]

Ook mag een RAV in overleg met verzekeraars gemotiveerd afwijken van de spreiding van standplaatsen van het referentiekader, mits de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance.[21] Dit kan ook ingezet worden om beter in te spelen op de geografische kenmerken van een regio.

---

[20] Artikel 5 lid 2 Tijdelijke wet ambulancezorg.
[21] Artikel 2 lid 3 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg.

4. Rol en houding zorgverzekeraars

4.1 Inleiding

In de Marktscan Ambulancezorg uit 2013 werd vermeld dat zowel zorgverzekeraars als RAV's aangeven dat het onderhandelingsproces ambulancezorg meer als een overlegvorm kan worden getypeerd dan dat er echt wordt onderhandeld. Inhoudelijke afspraken over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg zouden niet worden vastgelegd. Het contracteerproces is echter wel de context waarin de zorgverzekeraars kunnen sturen op de responstijden.

In dit onderzoek hebben we getoetst of het beeld uit de Marktscan nog steeds klopt en hoe de contractering momenteel verloopt. Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars hebben we ook kunnen opmaken hoe zij de zorgplicht inzake ambulancezorg interpreteren.

Zoals reeds in de inleiding van dit rapport vermeld is de centrale vraag in dit onderzoek hoe zorgverzekeraars omgaan met de zorgplicht voor ambulancezorg. Deze vraag komt aan de orde in dit hoofdstuk.

4.2 Verloop van de contractering

Aan zorgverzekeraars en RAV's hebben we gevraagd hoe de contractering op hoofdlijnen verloopt en hoe deze gesprekken worden ervaren. Zij geven aan dat ze elkaar een aantal keer per jaar spreken over de ontwikkelingen en om afspraken te maken voor het komende jaar. Deze gesprekken worden over het algemeen als constructief ervaren. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat er soms stevige discussies worden gevoerd met RAV's. Ook enkele RAV's erkennen dat sommige zorgverzekeraars zich streng kunnen opstellen en vinden het terecht als de zorgverzekeraar dit doet als het gaat om de kwaliteit van zorg. RAV's vinden het vervelend als zorgverzekeraars zich in de gesprekken vooral richten op de beperking van de kosten.

In de contractering lijken de zorgverzekeraars sterk te leunen op het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg van het RIVM. De meeste zorgverzekeraars vinden dat de normen binnen het maximum budget behaald moeten kunnen worden. Het gaat hier om het budget voor spreiding en bereikbaarheid dat op hoofdlijnen tussen VWS en AZN wordt afgesproken. De budgetten voor RAV's zijn opgebouwd uit verschillende componenten. De component voor spreiding en bereikbaarheid is gemaximeerd. In zes regio's maakten zorgverzekeraars en ambulancediensten in 2015 afspraken die onder het maximumbudget liggen.[22] In al deze zes regio's liggen de responstijden onder de normen. Er zijn ook regio's waar het maximum wél wordt afgesproken en de normen ook niet worden gehaald. Daar leiden we uit af dat in een aantal regio's de zorgverzekeraar de problemen met responstijden niet of niet alleen kan oplossen door extra geld ter beschikking te stellen. Dit wordt ook aangegeven door zorgverzekeraars en RAV's: meer geld zorgt niet per definitie voor het behalen van de norm. In bovengenoemde regio's waar de normtijden niet gehaald worden is er wel financiële groei mogelijk, maar zorgverzekeraars spreken daar niet het maximum af.

[22] Bron: bij de NZa ingediende aanvragen voor nacalculatie.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat de responstijden en de bereikbaarheid een aandachtspunt zijn tijdens de inkoop. Er worden ook prestatieafspraken over gemaakt, bijvoorbeeld dat een ambulancedienst over de periode van een aantal jaar van 91% naar 93% toegroeit. Het toekennen van de vrije marge wordt ook door een aantal zorgverzekeraars gekoppeld aan prestatieafspraken over de responstijden. Dit wordt gebruikt als beloning, zoals in het voorgenoemde voorbeeld, maar ook als straf, door te korten als er niet aan de prestatieafspraken wordt voldaan. Afgelopen jaren is niet gebleken dat de inzet van de vrije marge, als beloning of straf, afdoende geholpen heeft om de norm alsnog wel te halen.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat de eerste en tweede representerende zorgverzekeraar samen de onderhandelingen voeren. Vooraf stemmen deze twee zorgverzekeraars het beleid af. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat het niet veel uitmaakt wie de eerste of tweede zorgverzekeraar is, omdat het beleid van de zorgverzekeraars voor de regio is afgestemd en dus grotendeels overeenkomt. Een aantal gesprekspartners ervaart wel verschillen in beleid en houding tussen de verschillende zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars die niet representeren (maar wiens verzekerden wel van ambulancezorg in die regio gebruik maken) spreken de representerende zorgverzekeraars vrijwel nooit aan op de afspraken die worden gemaakt, en ook niet op de prestaties op het gebied van de responstijden. Een aantal gesprekspartners noemt wel een werkgroep waarin zorgverzekeraars in ZN-verband thema’s rond de ambulancezorg bespreken.

Een aandachtspunt is dat de NZa zelf ook als beperkende factor gezien wordt in het contracteerproces. RAV’s geven aan het een risico te vinden om een eenzijdige budgetaanvraag in te dienen als ze er niet uitkomen met de zorgverzekeraar. Aangezien de RAV vaak jarenlang met dezelfde zorgverzekeraar afspraken maakt, heeft men het gevoel de zaken op scherp te stellen met een eenzijdige aanvraag. Daarnaast leeft bij sommige RAV’s de overtuiging dat de NZa, in geval van twee eenzijdige aanvragen, zonder meer de eenzijdige aanvraag met laagste budget toe zal kennen en dat is doorgaans het bedrag dat de zorgverzekeraar eenzijdig indient bij de NZa.

Een aantal zorgverzekeraars geeft ook aan dat meespeelt dat zij geen invloed kunnen uitoefenen op welke RAV de zorg levert, deze wordt immers door de minister aangewezen. Zo zijn RAV en representerende zorgverzekeraars voor een periode van 5 jaar op elkaar aangewezen. Een zorgverzekeraar kan bij onvrede over de prestaties van een RAV geen andere zorgaanbieder contracteren of daarmee dreigen en zodoende de druk op een minder goed presterende RAV opvoeren.

4.3 Zorgverzekeraars en responstijden

In hoofdstuk 3 hebben we de oorzaken opgesomd die worden genoemd voor het niet halen van de normen. Het zijn redenen die door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders worden genoemd. In onze gesprekken met de zorgverzekeraars hebben we gevraagd of de zorgverzekeraars tevreden zijn met de uitleg die ambulancediensten geven over het wel of niet halen van de norm.

De meeste zorgverzekeraars konden globaal, maar niet in detail, uitleggen waarom in ‘hun’ regio’s de normen niet gehaald werden.

Zorgverzekeraars verschillen in hun beoordeling of ze de oorzaken die RAV's geven een afdoende verklaring vinden voor overschrijdingen van de norm.

In hoofdstuk 3 stellen we vast dat overschrijdingen van de norm voor een groot aantal regio's structureel zijn. Toch verklaren zorgverzekeraars de overschrijdingen in sommige regio's met oorzaken die incidenteel van aard lijken te zijn en waarvan men dus kan verwachten dat er maar eenmalig een effect te zien is op de responstijden. Het verklaart derhalve niet de jarenlange en dus structurele overschrijdingen. De oorzaken hiervan staan niet goed op het netvlies bij de zorgverzekeraars. Het lijkt erop dat het de zorgverzekeraars aan data en inzicht ontbreekt om de responstijden goed te monitoren. Zonder een goed inzicht in de regiospecifieke oorzaken van overschrijding, kan een zorgverzekeraar niet voldoende sturen op verbetering. Dat geldt in de prakijk ook als een RAV ineens veel meer ritten (productie) maakt. De zorgverzekeraar en RAV gaan dan in gesprek hoe dat komt.

Het lijkt er dus op dat zorgverzekeraars nog een stap verder kunnen gaan in het monitoren van de (ontwikkelingen van) de responstijden en de oorzaken waarom de normtijden niet gehaald worden. Een voorbeeld hiervan is dat het RIVM in een gesprek met de NZa aangeeft dat er verschillen in responstijden bestaan tussen ogenschijnlijk vergelijkbare regio's. De regio's zijn (ongeveer) vergelijkbaar in productieomvang en geografische kenmerken, terwijl er verschillende prestaties worden geraliseerd. De verschillen zijn dan alleen te verklaren door andere oorzaken, zoals de aansturing door de meldkamer, of bedrijfsvoering en management van een RAV en de kwaliteit van de gegegevens, vermoedt RIVM. Dit soort analyses en opmerkzaamheid verwachten we ook van de zorgverzekeraars, zodat zij waar dat nodig blijkt te zijn kunnen sturen op betere bedrijfsvoering en management bij een RAV.

De NZa vraagt aan zorgverzekeraars om in hun jaarlijkse uitvoeringsverslag verantwoording af te leggen over onder andere de uitvoering van hun zorgplicht. Drie zorgverzekeraars besteedden in het verslag over 2014 expliciet aandacht aan ambulancezorg, de andere verzekeraars allemaal niet. Op het moment dat tijdigheid van zorg in het geding is, zoals bij het overschrijden van de normen voor de responstijd, zouden de zorgverzekeraars zich hierover moeten verantwoorden. Dit gebeurt dus nauwelijks.

Er bestaat ook een verschil in de manier waarop zorgverzekeraars reageren bij overschrijdingen van de norm. Er zijn zorgverzekeraars die hier concrete verbeterafspraken over maken en er zijn zorgverzekeraars die dit niet doen. Het blijft dan bij het enkel aanspreken van de aanbieder op het niet behalen van de norm, zonder hier concrete verbeterafspraken over te maken.

De Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg biedt voldoende ruimte voor zorgverzekeraars om samen met RAV waar nodig te zorgen voor verbetering van de responstijden.[23]

[23] Artikel 2 lid 3 van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg.

4.4 Kwaliteit van zorg en de rol van de norm

De norm staat voor de zorgverzekeraars niet echt ter discussie, er wordt aangenomen dat de norm de juiste norm is. Door een regionale zorgverzekeraar wordt echter wel gesteld dat niet verwacht moet worden dat de norm in een specifieke regio wordt gehaald. Differentiatie in de norm zou volgens een aantal zorgverzekeraars beter zijn. Dit kan zowel naar aard van zorgvraag of naar geografie. Zo wordt vaak benoemd dat in situaties zoals hartaanvallen iedere seconde telt en dat vijftien minuten al te lang zijn. Er zijn ook situaties waar wel met spoed (A1-urgentie) een ambulance nodig is maar de situatie niet levensbedreigend is. Een andere manier om de norm te differentiëren zou zijn naar geografisch gebied. Geen enkele zorgverzekeraar, of RAV, geeft aan dat een normoverschrijding altijd gekoppeld is aan slechte kwaliteit van zorg. AZN typeert de norm als planningsnorm en niet als gezondheidsnorm.[24]

In december 2015 heeft IGZ een aanwijzing opgelegd aan de RAV in Amsterdam. In het inspectierapport wijst IGZ op verschillende verbeterpunten zoals op het gebied van hygiëne. Daarnaast is er volgens IGZ te weinig aandacht voor (bij)scholing en zou door het tekort aan personeel de beschikbaarheid van zorg in de knel komen. De NZa heeft de representerende zorgverzekeraars in deze regio gevraagd om een reactie. Uit deze reactie blijkt dat zorgverzekeraars in deze regio de afgelopen jaren met name kritisch zijn geweest op de manier waarop de RAV de capaciteit regelt en ervoor zorgt dat er voldoende ritten gereden kunnen worden. Hier zijn ook concrete verbeterafspraken over gemaakt, deze zijn volgens ons inhoudelijk niet vergaand genoeg.

De RAV's lijken gemotiveerd te zijn om de kwaliteit te verbeteren: zorgverzekeraars en RAV's kunnen allerlei voorbeelden noemen van grote en kleine initiatieven die ervoor moeten zorgen dat de ambulancezorg verbetert. De RAV's doen dit uit eigen initiatief en worden hier niet toe aangezet. De meeste zorgverzekeraars zijn echter terughoudend om deze initiatieven extra te financieren. De zorgverzekeraars die wel afspraken maken over financiering van initiatieven van RAV's verbinden hier vaak prestatieafspraken aan.

Niet alle initiatieven van RAV's hebben direct een effect op de responstijden. Zo wordt er in een aantal regio's geïnvesteerd in de inzet van burgers bij reanimaties. Voor de patiënten in die regio betekent dit dat de kans op overleving bij acute hartproblemen toeneemt, ook al blijft de responstijd van de ambulance gelijk. Een voorbeeld dat wel effect heeft op de responstijd is de zogenaamde 'directe inzet'. Voorheen werd in de meldkamer eerst bepaald of er inderdaad een A1-rit nodig is, voordat de ambulance op weg werd gestuurd. Nu geldt in veel regio's dat de ambulance al gaat rijden op het moment dat iemand 112 belt en verzoekt om een ambulance. Daarna volgt pas de triage door het meldkamerpersoneel.

Opvallend is dat de meeste zorgverzekeraars voor zichzelf geen rol zien in het verbeteren van de afstemming in de keten van acute zorg vanuit het perspectief van ambulancezorg. Zorgverzekeraars worden niet altijd uitgenodigd om bij de ROAZ-overleggen aanwezig te zijn. Het ROAZ is het regionaal overlegorgaan voor acute zorgaanbieders. De afstemming wordt als een taak voor de RAV's en de andere zorgaanbieders gezien.

RAV's hebben ook een aandeel in het eventueel samenvoegen van verschillende meldkamers (politie, brandweer, ambulances).

---

[24] Nota Verantwoorde Ambulancezorg (2013)

Zorgverzekeraars erkennen dat de RAV hierdoor in lastige situaties kan komen omdat hier meer belangen spelen dan alleen die van de ambulancezorg. Daarnaast realiseren de zorginkopers van de zorgverzekeraars zich wel dat de ambulancezorg een gevoelig onderwerp is, zij zien dat bijvoorbeeld in de gemeentelijke politiek zorgen geuit worden over de responstijden.[25] De zorgverzekeraars voelen zich echter geen gesprekspartner voor de gemeente en in de hele keten van hulpdiensten (brandweer, ambulance en politie) zien zij zichzelf alleen als zijdelings betrokken.

4.5 Normbesef: interpretatie van de zorgplicht

De meeste zorgverzekeraars stellen zich in deze zorgsector eerder passief dan actief op. Ze geven aan dat het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg van het RIVM en de budgettaire kaders van VWS leidend zijn. De responstijden (en het niet halen daarvan) zien zorgverzekeraars doorgaans niet direct als hun eigen verantwoordelijkheid of als onderdeel van hun zorgplicht. Zij geven aan dat de oorzaken én de oplossingen van overschrijdingen buiten hen liggen. Er worden niet door alle zorgverzekeraars prestatieafspraken gemaakt om te komen tot verbeteringen in de normtijden. Het normbesef dat hun zorgplicht direct gerelateerd is aan de responstijden lijkt dus laag te zijn. Sommige verzekeraars zijn beter in staat om details te geven over de regio specifieke situaties en kunnen hiermee beter sturen op verbetering van de responstijden.

De zorgplicht voor ambulancezorg wordt door de meeste zorgverzekeraars te beperkt geïnterpreteerd. Zo gaf een van de zorginkopers van een zorgverzekeraar aan dat zij aan de zorgplicht voldoen aangezien alle aanbieders in de markt gecontracteerd worden. Een andere zorgverzekeraar gaf aan dat zij de zorgplicht interpreteren als het ter beschikking stellen van de middelen die vanuit het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg nodig zijn. Andere mogelijke inspanningen vanuit zorgverzekeraars in het kader van de zorgplicht worden niet genoemd. Deze houding beschouwen wij als te passief.

Ook valt op dat de zorgverzekeraars alleen op hun ‘eigen’ regio’s gericht zijn. Er wordt in ZN-verband wel het een en ander aan informatie uitgewisseld, maar zorgverzekeraars spreken elkaar blijkbaar niet aan op de prestaties van een RAV in een regio waar zij zelf niet representeren. Ook niet als er sprake is van (structurele) landelijke normoverschrijding. Dit bevestigt het beeld dat er weinig betrokkenheid bij en gevoel van verantwoordelijkheid voor het behalen van de responstijden is.

Zorgverzekeraars kunnen profiteren van elkaars ervaringen en kennis door informatie hierover uit te wisselen. Zo kunnen zij achterhalen waarom in ogenschijnlijk vergelijkbare regio’s in de ene regio de normtijden wel gehaald worden, en de andere niet. Dit kan een verbetering in de responstijden opleveren.

Maar zoals hiervoor vermeld zijn er wel verschillen tussen de zorgverzekeraars te zien in hun houding ten opzichte van de ambulancezorg. Deze verschillen kunnen we niet direct verklaren. Een

[25] Een groot deel van de casuïstiek die de media haalt speelt op gemeentelijk niveau. De norm voor responstijden geldt voor het niveau van de RAV-regio. Het kan dus zijn dat er binnen een regio gemeenten zijn waar de responstijden veel verder onder de norm liggen, maar dat dit niet tot uitdrukking komt doordat de gepubliceerde cijfers gemiddelden zijn voor de hele regio. Dit zijn de gemeenten waar lokale politici en bestuurders eerder aan de bel trekken.

mogelijke reden zou kunnen zijn dat de zorgverzekeraars meer oog hebben voor de regiospecifieke situatie, omdat zij daar een binding mee hebben of omdat zij slechts in een beperkt aantal regio's inkopen. Dit hebben wij niet verder onderzocht, en betreft derhalve slechts een vermoeden.

5. Conclusie en verwachte acties

5.1 Conclusie

De centrale vraag in dit onderzoek is hoe zorgverzekeraars omgaan met de zorgplicht voor ambulancezorg. In de afgelopen jaren is de norm voor responstijden structureel niet gehaald. In 17 van de 24 regio's is minder dan 95% van de ritten binnen 15 minuten bij de patiënt. Zorgverzekeraars voldoen gelet hierop niet aan hun zorgplicht voor tijdige ambulancevervoer in die regio's waar de norm niet wordt gehaald.

Ambulancezorgverleners en zorgverzekeraars kunnen een flink aantal factoren benoemen waar de responstijden door worden beïnvloed. De verklaringen waarom het niet lukt om de normen te halen zijn divers en kunnen worden onderverdeeld in financiële, geografische, procesmatige en productiestijgingen. Zorgverzekeraars lijken echter niet altijd of op zijn minst niet een voldoende beeld te hebben van regiospecifieke kenmerken die de oorzaken voor de normoverschrijdingen vormen. Zo mag bijvoorbeeld van hen verwacht worden dat zij weten waarom in ogenschijnlijk vergelijkbare regio's de norm voor de responstijd in de ene regio wel gehaald worden en in de andere regio niet. Ervaringen en kennis van regio's waar de normen gehaald worden en van regio's die een grote stijging in de normen hebben laten zien, kunnen van nut zijn in de regio's waar de normen (nog) niet gehaald worden.

Alle zorgverzekeraars zijn zich ervan bewust dat de normen worden overschreden. Ook zien ze dat het bepaalde RAV's niet of moeizaam lukt om naar de 95% toe te groeien. De meeste zorgverzekeraars voelen zich echter niet of nauwelijks verantwoordelijk om de RAV's te helpen of om afspraken te maken met de RAV's die leiden tot verbetering. Ze zien het halen van de normen voor de responstijden primair als verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder, dus de RAV. Zorgverzekeraars maken geen of weinig concrete verbeterafspraken met de RAV's, ook wordt de vrije marge beperkt ingezet om verbeteringen te bewerkstelligen.

De meeste zorgverzekeraars lijken zich dan ook niet te realiseren dat het halen van de responstijden deel uitmaakt van hun zorgplicht. Deze zorgverzekeraars zijn ervan overtuigd dat ze doen wat er binnen hun mogelijkheden ligt voor de ambulancezorg door het ter beschikking stellen van het maximum budget (voor de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg).

Het lijkt erop dat een status-quo ontstaat waarbij de zorgverzekeraar tevreden is over het verloop van de inkoop, terwijl de normen voor de responstijden structureel niet worden gehaald. Ook spreken zorgverzekeraars elkaar onderling niet aan op de normoverschrijdingen.

Gelet op voorgaande typeren we de houding van de meeste zorgverzekeraars als passief. De NZa is van mening dat zorgverzekeraars meer moeten en kunnen doen om de norm voor reponstijden te waarborgen en zodoende te voldoen aan hun zorgplicht voor ambulancezorg.

5.2 Verwachte acties

Wij zijn van mening dat er vooruitgang te boeken is in de manier waarop zorgverzekeraars momenteel ambulancezorg inkopen en afspraken

maken over de levering van ambulancezorg door RAV's. Dit proces zou zo ingericht moeten worden dat er door de zorgverzekeraars wordt voldaan aan de zorgplicht. De NZa zal erop toezien dat zorgverzekeraars zich inzetten voor een verbetering van de responstijden en hierover afspraken met de zorgverzekeraars maken. Zij zijn hiertoe verplicht in het kader van de uitvoering van hun zorplicht.

Als start hiervoor doen wij in dit rapport een aantal aanbevelingen richting de zorgverzekeraars om beter te gaan presteren op het gebied van de zorgplicht als we het hebben over de normoverschrijdingen in de ambulancezorg.

Alle zorgverzekeraars moeten een actievere houding aannemen in de inkoop van ambulancezorg, zodoende moeten zij gaan voldoen aan de uitvoering van zorgplicht. De zorgverzekeraar kan en moet bijdragen aan het halen van de responstijden voor ambulancezorg. Dat begint met het besef dat de zorgplicht gekoppeld is aan de norm voor de responstijden.

Alle zorgverzekeraars, niet alleen de representerende zorgverzekeraars, moeten kritisch zijn als zorgaanbieders de normen niet halen en een actieve bijdrage leveren om aanbieders te helpen dit alsnog te doen. Afspraken hierover gaan dus verder dan het verstrekken van de financiële middelen. Meer geld is niet altijd de geëigende of de enige oplossing. Oplossingen kunnen ook anders van aard zijn. Van een zorgverzekeraar mag verwacht worden dat hij daarover meedenkt en samen met een RAV een verbeterplan op stelt. Dit verbeterplan moet toegespitst zijn op de regio specifieke situatie. Zorgverzekeraars en RAV's moeten voortdurend met elkaar in gesprek gaan en blijven over responstijden en normoverschrijdingen.

Een kritische houding betekent dat de zorgverzekeraar in regio's met te lange responstijden:

- Inzicht verkrijgt in de (structurele) oorzaken van de overschrijdingen van de responstijden en hier bij de zorgaanbieder data en informatie over opvraagt. Dit inzicht moet blijk geven van de regiospecifieke situatie.
- Achterhaalt of de zorgaanbieder doet wat er tijdens de onderhandelingen is afgesproken.
- Zelfstandig evalueert of de zorgaanbieder zich voldoende inspant om goede zorg te leveren (bijvoorbeeld: wordt er werk gemaakt van verbeterprojecten, worden er best practices met andere regio's uitgewisseld, wordt er samengewerkt met andere regio's, wordt er voldoende personeel opgeleid en is de organisatie en bedrijfsvoering van de RAV op orde).
- Samen met de zorgaanbieder tot een plan van aanpak komt om de responstijden te verbeteren. Dit plan van aanpak moet toegespitst zijn op de regio specifieke situatie.
- Niet representerende zorgverzekeraars spreken representerende zorgverzekeraars aan op de prestaties van RAV's in betreffende regio. Zij hebben immers ook verzekerden wonen in deze regio's.

In een aantal aanbevelingen benadrukken we dat de zorgverzekeraars samen met de ambulancevervoerders tot verbetering van de responstijden moeten komen. Ook de RAV draagt een eigen verantwoordelijkheid om de responstijden te verbeteren.[26] Geen van beiden kan echter de verantwoordelijkheid voor responstijden geheel bij

[26] Dat blijkt onder andere uit de Regeling Twaz, artikel 7, lid 3, waarin staat vermeld: *"De Regionale Ambulancevoorziening analyseert periodiek de oorzaken van overschrijding van de 15 minuten responstijd en neemt maatregelen om deze zoveel mogelijk te voorkomen."*

de ander leggen. Dat kan betekenen dat de RAV, misschien meer dan voorheen, met de zorgverzekeraar in gesprek zal moeten om hun werkwijze en prestaties door te nemen.

Eerder in deze rapportage is geconcludeerd dat de inrichting van het systeem voor ambulancezorg zorgverzekeraars niet ontslaat van hun zorgplicht. Echter, zorgverzekeraars zijn niet de enige verantwoordelijke voor goede ambulancezorg. Ook hebben het ministerie van VWS, IGZ, RIVM en de NZa hierin een belangrijk aandeel. Zo heeft de NZa heeft een taak op het gebied van regulering van de ambulancevervoer. De voorliggende resultaten uit dit onderzoek geven geen aanleiding om de huidige regulering te herzien. Mocht in de komende jaren anders blijken, dan kan de NZa dit ter hand nemen, of, indien dit een aanpassing van hogere regelgeving vergt, de minister daarover adviseren.

Tot slot: veel partijen hebben een rol om tijdige ambulancezorg mogelijk te maken. Specifiek voor het aandeel dat zorgverzekeraars hierin hebben is de conclusie dat zij in het kader van hun zorgplicht een oordeel moeten gaan vormen over de oorzaak van normoverschrijdingen en samen met de RAV tot een verbetering van de responstijden moeten komen. Deze verbetering moet er op gericht zijn dat de normtijden gehaald worden.